Année 1914 — N° —

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Israël SPIVAKOFF

Né à Odessa (Russie), le 12 mars 1887
De la Faculté de Médecine de Paris

SUR LES

SUITES DE COUCHES

DANS LES AVORTEMENTS

Président : M. PINARD, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE LÉON

51477

A Monsieur le Docteur WALLICH

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

En reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique médicale infantile
aux Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR RÉNON

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

AVANT-PROPOS

Pendant notre stage d'accouchement dans le service de notre illustre maître M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque en 1912, nous avions souvent l'occasion d'observer des cas d'avortements. Aussi est-ce avec plaisir que nous avons accepté, pour notre thèse inaugurale, le travail sur les suites de couches dans les avortements, que notre maître M. le professeur agrégé Wallich a bien voulu nous suggérer.

Nous tenons à lui exprimer ici toute notre reconnaissance et lui adresser nos meilleurs remerciements pour la confiance dont il nous a honoré, ainsi que pour les conseils précieux qu'il a bien voulu nous donner pour nous aider dans notre travail.

INTRODUCTION

La question des avortements est de celles qui, à l'heure actuelle, préoccupent le plus non seulement les accoucheurs et les médecins, mais encore tous ceux qui s'occupent de la sécurité et de la prospérité de leur patrie, de leur nation, de l'évolution normale et saine de la race humaine. En effet, les cas d'avortement deviennent de plus en plus nombreux et en ces derniers temps prennent des proportions vraiment effrayantes. Il suffit de jeter un regard sur la statistique ci-dessous donnée par le Dr Boissard, et que lui-même reconnaît être au-dessous de la vérité, pour comprendre que l'avortement devient un vrai péril pour l'humanité. D'après le Dr Boissard, le nombre d'avortements observés dans les maternités de Tenon, de Saint-Antoine et de Boucicaut a triplé dans l'espace de six ans, de 1898 à 1904.

A Tenon, en 1891, le nombre d'avortements était de 5,07 o/o.

A Tenon, en 1904, le nombre d'avortements était de 15,06 o/o.

A Saint-Antoine, en 1898, on comptait 6,66 avortements pour 100 accouchements.

A Saint-Antoine, en 1904, on comptait 18,49 avortements pour 100 accouchements.

A Boucicaut,en 1898,on comptait 7,8 avortements pour 100 accouchements.

A Boucicaut, en 1904, on comptait 17,7 avortements pour 100 accouchements.

Et pour le dernier semestre de 1906,on a enregistré à la maternité de Tenon 60 avortements sur 268 accouchements, ce qui fait 25 o/o.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que ces chiffres sont bien au-dessous de la vérité et que le nombre d'avortements augmente partout, dans les grandes villes comme dans les villages, avec une rapidité vertigineuse.

Comme le fait fort justement remarquer M. le professeur Herrgott (de Nancy), « ce sont surtout des femmes chez lesquelles l'avortement présente des complications qui, en général, viennent dans nos salles, tandis que celles chez lesquelles l'expulsion de l'œuf s'effectue normalement restent chez elles, surtout quand l'avortement aura été criminellement provoqué ». Et ce fait, qui est aussi exact pour les maternités de Paris que pour celles de Nancy, a son importance, parce que la femme qui vient facilement à la maternité pour y accoucher, même si l'accouchement est normal, n'y vient pour avorter que quand il y a complication, et surtout quand elle n'a pas la conscience tranquille, et quelquefois elle attend jusqu'au moment où il est déjà, hélas, trop tard pour la sauver. Nous insistons sur ces faits pour montrer que les statistiques qu'on a données ou qu'on donnera ne peuvent et ne pourront être qu'ap-

proximatives et que, par conséquent, le danger est en vérité bien plus grand.

Nous avons donné à notre travail le titre *Suites de couches dans les avortements*, sans faire une classification des avortements spontanés et avortements criminels, comme le font la majorité des auteurs. Il nous a paru superflu de faire cette division, d'abord parce qu'à l'heure actuelle il est impossible, dans la majorité des cas, de distinguer, de reconnaître cliniquement qu'un avortement ait été fait spontanément ou ait été criminellement provoqué. Et, comme la majorité d'avortées nie énergiquement toute manœuvre criminelle, il est presque impossible de dire, quand on n'a pas d'autres preuves, qu'un avortement ait été provoqué.

Nous avons voulu savoir si, dans ces conditions, les suites d'avortement présentent des accidents et comment on y remédiait. Pour arriver à ce résultat, nous avons étudié les suites des avortements pendant une année dans le service de notre maître, M. le professeur Pinard.

Nous avons partagé notre travail ainsi que suit :

1° Nous exposerons dans le premier chapitre ce que disent les auteurs récents sur cette question ;

2° Nous exposerons, dans le deuxième chapitre, nos observations et faits cliniques et les discuterons;

3° Dans le troisième chapitre, nous parlerons du traitement mis en œuvre et, enfin

4° nous exposerons les conclusions qui se dégagent de l'étude de ces faits.

SUR LES

SUITES DE COUCHES

DANS LES AVORTEMENTS

CHAPITRE PREMIER

A la séance du 20 mars 1902 de la Société d'Obstétrique de Paris, M. Blondel a présenté une statistique personnelle de 100 cas d'avortements qui porte sur douze années. Sur ces 100 cas il n'y a pas eu un seul cas de mort. Cependant, dans le nombre il y avait des cas fort graves avec signes d'infection généralisée et péritonite commençante. Ces cas graves, au nombre de 30 (donc 30 o/o), comprennent entre autres 6 cas d'hémorragie profuse, 19 cas d'inflammation propagée aux annexes, cinq fois il y eut phlegmon, terminés quatre fois par intervention vaginale, une fois par évacuation spontanée dans le rectum ; trois fois il s'établit de la salpingo ovarite chronique dont 2 cas guérirent par le traitement médical et un par salpingoctomie abdominale. L'auteur attribue ce succès à la manière dont ont été traitées ses malades. Nous discuterons ce point dans le chapitre traitement.

C'est la seule communication que nous ayons trouvée dans la littérature récente avec d'aussi bons résultats. Dans toutes les autres publications nous trouvons toujours une certaine mortalité et la morbidité est également plus élevée.

M. Boissard, dans ses statistiques des avortements publiées par lui en 1907 et 1913, communique les faits suivants.

Dans le courant du dernier trimestre de 1906, sur 268 entrant à la maternité de Tenon, il y avait 60 avortements ; donc 25 o/o. Sur ces 60 femmes qui sont venues à Tenon terminer leur avortement, 37 avaient une température au-dessus de 38 degrés. Quatre d'entre elles avaient une température au-dessus de 40 degrés et 2 de ces dernières sont mortes.

Dans la deuxième communication portant sur les cas observés à Lariboisière dans le courant de l'année 1912, il y a l'histoire de 391 avortements dont 147 ont été soignés dans le service d'isolement, en raison d'accidents infectieux, et 7 de ces dernières sont mortes. « Certaines femmes, dit M. Boissard, ont eu des accidents infectieux terribles, nécessitant un séjour prolongé dans le service et un traitement constitué principalement par des injections intraveineuses d'électrargol, des abcès de fixation ou la colpotomie. Quelques femmes sont entrées avec 41 et 42 degrés de fièvre et 3 sont mortes après un séjour variant de deux à quatre jours. » Donc en 1906 la statistique de M. Boissard donne une mortalité

de 3,33 o/o et une morbidité de 61,66 o/o ; celle de 1912 présente une mortalité de 1,75 o/o et une morbidité de 37,59 o/o.

Dans sa thèse de doctorat, M. Usquin tire les conclusions suivantes des faits observés par lui :

1° Sur 2.908 accouchements il y a eu 223 cas de rétention placentaire *post-abortum ;*

2° L'avortement s'est terminé sans rétention dans 340 cas sur 563, donc dans 60,39 o/o des cas.

3° Sur 223 cas de rétention, cette dernière a été suivie d'accidents morbides dans 187 cas, c'est-à-dire dans 33, 21 o/o cas d'avortements. Dans 36 cas il n'y a eu aucune suite pathologique ;

4° Dans les 187 cas suivis d'accidents morbides, on a noté cent vingt et une fois des hémorragies, cent vingt et une fois une simple élévation thermique et cinquante-sept fois un écoulement lochial fétide, indice d'une infection déclarée ;

5° La rétention s'est produite trente-quatre fois chez des primipares, cent quatre-vingt-neuf fois chez les multipares.

Sur les 223 cas de rétention, il y a eu 5 morts, soit une proportion de 2,67 o/o de cas de rétention et 0,88 o/o d'avortement. Et l'auteur attribue ces chiffres relativement peu élevés à l'application des principes de l'antisepsie.

Sur 1.437 cas d'avortements observés à la maternité de Saint-Antoine de 1897 à 1904, et rapportés par M. Rimette, il y avait 27 cas mortels, c'est-à-dire

1,89 o/o et 781 cas morbides, c'est-à-dire une morbidité de 54,34 o/o.

M. le professeur Herrgott, relatant les faits observés par lui de 1907 à 1912 à la maternité de Nancy dit : « Sur les 386 avortements entrés pendant les cinq années, le curage digital y a été fait cent vingt-quatre fois, soit parce que l'hémorragie persistait, soit surtout parce que la température s'élevait ou était déjà élevée lors de l'arrivée de la malade. » Donc une morbidité de 32,120 o. « Notre statistique de la mortalité dans l'avortement, dit plus loin M. le professeur Herrgott, diffère sensiblement de celle que nous avons donnée pour les accouchements. Sur les 386 avortements observés le nombre des décès a été de 10, ce qui nous donne une mortalité pour avortement de 2,59 o/o, alors que la mortalité globale pour 4.304 accouchements était de 0,51 et la mortalité par infection née dans le service de 0,139 o/o. » Et M. le professeur Herrgott explique la mortalité et la morbidité élevées dans les avortements par le fait que « la sage-femme ou le médecin appelé auprès d'une femme chez laquelle l'avortement ne suit pas sa marche régulière, l'enverra volontiers à la maternité pour y recevoir les soins nécessaires, souvent difficiles ou mêmes impossibles à donner dans le milieu où se trouve leur cliente. Ou bien ce sont des femmes qui se sont fait avorter, soit en pratiquant sur elles-mêmes un auto-avortement, soit après s'être adressée à quelque spécialiste de ces tristes manœuvres ; le plus souvent elles ne se décident à se rendre à la maternité que lorsque

l'expulsion complète du produit de conception tardera à se faire et qu'elles ont peur d'être malades ».

Nous donnons ci-dessous deux observations rapportées par M. le professeur Herrgott.

OBSERVATION I

(Herrgott.)

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1912, p. 390.)

Avortements spontanés et avortements criminels

Cas d'un avortement terminé par la mort survenue le trente-huitième jour après un avortement de deux mois, suivi d'un curage digital, pratiqué en ville.

Cette femme, qui avait cinq enfants vivants, et qui était enceinte pour la huitième fois, était entrée infectée avec une température de 40°4. Son état avait fini par s'améliorer ; j'avais même, un moment, espéré pouvoir triompher de la septicémie subaiguë dont elle était atteinte, malheureusement, elle succomba à des poussées successives d'embolies pulmonaires compliquées de myocardite infectieuse six semaines après le début de l'avortement.

OBSERVATION II

Intéressante par une hémiplégie gauche compliquée d'aphasie terminant une septicémie, à laquelle a succombé une secondipare, qui avait essayé, au moyen d'injections de solutions de soude, suivies d'autres faites avec de l'eau vinaigrée, d'interrompre une grossesse arrivée au quatrième mois.

Quand cette malheureuse était entrée dans le service, elle nous avait laissé ignorer la cause de la douleur abdominale dont elle souffrait depuis trois jours. L'œuf était ouvert ; le fœtus avait été expulsé dans une quinte de toux peu après son arrivée, et ce n'est que plus tard, alors qu'un curage digital, très difficile en raison des adhérences anormales qui existaient entre le placenta et la paroi utérine, avait dû être pratiqué, qu'elle nous avait fait connaître le point de départ de ces accidents auxquels elle devait succomber vingt-quatre jours plus tard, malgré une antisepsie utérine des plus rigoureuses.

L'examen bactériologique du sang, fait vingt jours après le début de l'infection, avait été peu concluant.

Les essais de cultures en aérobie par M. G. Thiry, directeur du laboratoire de bactériologie des cliniques, avaient été négatifs, et la séro-réaction avec le bacille d'Eberth avait été douteuse, le sang ne provoquant la formation que de quelques rares amas.

L'autopsie avait été plus significative. Les organes génitaux ne présentaient rien de bien caractéristique ; il existe bien à la partie inférieure du ligament large gauche une veine utéro-ovarienne, de petit calibre, qui était obstruée par un caillot adhérent, mais c'est au niveau du cœur, sur les valvules de la mitrale, qu'on trouvait de très volumineux caillots très adhérents, grisâtres, très irréguliers, obstruant presque complètement l'orifice.

Le cœur droit était normal. Les poumons étaient très congestionnés sans cependant présenter de traces d'embolie.

Le liquide céphalo-rachidien était abondant et très teinté en rouge. Il existait une congestion superficielle des deux hémisphères très intense. Les veines des sillons étaient très turges-

centes. Le liquide contenu dans les ventricules était abondant et rosé, cependant la section des lobes cérébraux ne permet de découvrir aucune lésion macroscopique, comme on pouvait le supposer, d'après les symptômes cliniques observés.

Mais la mortalité la plus élevée dans les suites d'avortement a été observée par MM. Fabre et Rhenter, de Lyon, pendant l'année 1911 à la clinique obstétricale.

Sur 183 avortements entrés à la deuxième infirmerie, disent les auteurs, nous en avons perdu exactement 9, ce qui nous donne une mortalité de 4,7 o/o. C'est là un chiffre considérable, surtout si on le compare à l'infime mortalité de l'accouchement normal. Nous donnons plus loin les observations de ces 9 cas mortels.

En ce qui concerne la morbidité (les auteurs comptent pour morbides les cas où la température s'est élevée au moins une fois à 38°5 ou trois fois 38°1), sur 141 observations où la température a été consignée, il y en a 56 qui doivent rentrer dans la morbidité, soit une proportion de 32,5 o/o.

En résumé, dans les statistiques d'avortement récemment publiées, la mortalité a été de 0 o/o dans celle de M. Blondel ; 3,33 o/o en 1906 dans celle de M. Boissard et de 1,75 o/o en 1912 ; de 0,88 o/o dans celle de M. Usquin ; de 1,89 dans celle de M. Rimette ; 2,59 o/o pour M. Herrgott et 4,91 o/o dans les observations de MM. Fabre et Rhenter. La morbidité a été pour M. Blondel de 30 o/o ; pour M. Boissard de

61,66 o/o en 1906 et de 37,59 o/o en 1912. Pour M. Usquin la morbidité était de 29,61 o/o ; pour M. Rimette de 54,34 o/o. Dans la statistique de M. le professeur Herrgott, la morbidité était de 32,12 o/o et dans celle de MM. Fabre et Rhenter de 32,5 o/o.

Neuf observations de cas de mort à la suite d'avortement observées par MM. Fabre et Rhenter

Deux fois il s'agit de malades amenées dans le service à peu près *in extremis*, et qui y moururent au lendemain même de leur entrée avec des phénomènes de péritonite dans l'un des cas, d'infection généralisée dans l'autre. Cette dernière malade avait avoué des manœuvres abortives.

Deux autres, toutes deux multipares, avouent des injections intra-utérines, meurent l'une sept jours, l'autre cinq jours après l'entrée. Toutes deux présentent le tableau clinique des grandes infections, mais chez une seule la culture du sang fut positive et l'histoire de cette streptococohémie fut déjà rapportée à la société en raison de la stérilisation secondaire du sang constatée en trois jours d'intervalle.

Une *cinquième* ayant aussi avoué des injections intra-utérines, reste plus de quatre semaines dans le service, présentant une anémie intense, des grands frissons répétés, du délire, puis une phlébite gauche, et emmenée chez elle par son entourage, y meurt le lendemain de son départ.

La *sixième* présente pendant quinze jours des hautes températures et meurt subitement, vraisemblablement à la suite d'une embolie pulmonaire.

La septième et la huitième meurent avec les symptômes de pneumonie, après avoir présenté des phénomènes infectieux extrêmement graves pendant plusieurs jours.

La neuvième, enfin, dont l'histoire a été rapportée en détails à la Société obstétricale de Lyon, avoua une injection de sublimé et mourut avec le cortège symptomatique habituel de l'intoxication mercurielle intense.

Nous passerons maintenant à l'étude de nos observations, qui fera l'objet du deuxième chapitre.

CHAPITRE II

TABLEAU

Résumé des 72 observations des cas d avortements observés à la clinique Baudelocque en 1912

Numéro d'ordre	Numéro du registre de la mat. Baudelocque	PARITÉ		Terme	Rétention placentaire	Hémorragie de l'avortement	AVORTEMENT	DÉLIVRANCE	SUITES DE COUCHES		OBSERVATIONS
		I-pare	m-pare						normales	patholog.	
1	1407	I		6 mois			2 temps	spontanée	37°8		
2	25		VII	3 »			»	»		38°3	Hypersecrétion vagin. abond. pend. la gros.
3	1533		III	2 »			»	»		38°	
4	213		IV	3 »		I	»	curage		38°	Grande hémor. syncope, 1 temps fait en ville.
5	267		IV	3 »	1 jour		»	»		38°	Hypersecrétion vag. pendant la grossesse.
6	317	I		5 »	»	I	»	»		38°	Eruption et douleurs articulaires.
7	498		III	4 »	3 jours		»	»		39°1	
8	518		II	2 »			»	curetage		39°2	Pertes fétides abondantes. Frisson.
9	609		III	5 »	4 jours	I	»	spontanée		39°4	Dilatation avec ballon.
10	726	I		3 »	6 jours		»	curage		39°6	
11	728		V	5 »	4 jours		»	»		39°	Fœtus macéré. Frisson.
12	732		II	2 »			»	»		39°	
13	765		V	3 »	8 jours		»	»	37°5		
14	822	I		3 »	3 jours	I	»	»	37°8		
15	905		II	2 »			»	spontanée		40°	Frisson.
16	1183		III	5 »			»	»		40°	
17	1275		II	4 »			»	curage	36°9		Otalgie et othorrée.
18	1291	I		3 »			»	»	37°6		
19	1326		X	3 »		I	»	»	I		Expulsion d'un œuf clair.
20	1616		VII	1 »		I	»	»	I		
21	158		III	5 »			»	spontanée		38°2	Placenta Chateaubriant.
22	200		II	3 »			»	curage	I		
23	201		II	5 »			»	spontanée	37°5		Caduque retenue, placenta Chateaubriant.
24	208		IV	2 »			1 temps	»	37°5		Endométrite.
25	219		III	5 »			2 temps	»	I		Endométrire.
			III	5 »			»	Expres. et tract. combinées		38°5	Rétention des membranes.
											»

30	371	I		5	»		I	2 temps	spontanée	I	
31	390		VI	2	»			1 temps	curage	37°6	Ballon.
32	395		II	2	»		I	»	spontanée	I	
33	419	I		5	»			2 temps	»	38°2	Rétention des membranes.
34	442		V	6	»		I	»	curage	I	Pouls 120.
35	477		II	4	»		I	»	spontanée	I	Curage pour hémorragie.
36	512		III	6	»			»	»	37°8	
37	586		II	3	»			»	»	I	
38	588		III	6	»			»	»	I	Disparition des mouvements choréiques.
39	630		III	2	»			»	»	I	Pertes des caillots avec débris fœtaux en putr.
40	636		III	3	»			»	expression franç.	I	
41	643		II	3	»			»	spontanée	37°8	
42	661	I		3	»			1 temps	»	I	
43	671		II	5	»			2 temps	»		Fœtus mort non macéré.
44	677	I		3	»			»	»	38°	Expulsion, en urinant, d'une masse placent.
45	705		VI	5	»			»	»	I	
46	719	I		4	»			»	»	I	
47	828		III	5	»			»	»	I	
48	841		II	5	»			»	»	38°	
49	866	I		2	»			»	»	I	
50	887		IV	5	»			»	Expres. et tract. combinées	I	Fœtus mort.
51	896	I		5	»		»	»		37°6	Fœtus mort.
52	900	I		2	»			»	Tract. et expres. combinées	37°8	
53	904		VII	3	»			»	spontanée	I	
54	908		II	5	»			»	»	I	
55	911	I		3	»			»	»	38°	
56	916		IV	3	»			»	expression franç.	I	
57	993		III	5	»			»		38°2	
58	1060		II	3	»			»	spontanée	37°8	Expulsion de débris de l'œuf.
59	1061		III	3	»			»	»	I	
60	1129	I		4	»			»	»	38°	
61	1146		IV	5	»			»	expression franç.	I	
62	1217		IV	4	»			»	spontanée	I	
63	1268	I		5	»			»	»	39°9	
64	1270		II	5	»			»	»	I	
65	1278		III	4	»			»	curage	I	Extraction de débris placentaires.
66	1298	I		5	»			»	spontanée	I	
67	1302		V	4	»			1 temps	»	I	
68	1398		VI	5	»			2 temps	»	I	
69	1409		V	5	»			»	»	I	
70	1475	I		4	»			»	»	I	
71	1129	I		4	»			»	»	38°	
72	1160	I		4	»			»	»	37°8	

Du tableau ci-joint, nous pouvons tirer les faits suivants :

1° Sur les 72 cas d'avortements observés en 1912 à la clinique Baudelocque dans le service du professeur Pinard (sur 1.658 accouchements), *nous n'avons pas à enregistrer un seul cas de mort ;*

2° Si nous considérons le nombre de cas *morbides*, en considérant comme tels tous ceux dans lesquels la température a monté au moins une fois à 38 degrés, nous voyons que sur les 72 avortements il y en a 24 à évolution morbide, c'est-à-dire 33,33 o/o. Nous ferons remarquer ici que cette morbidité n'était pas toujours due à des manœuvres criminelles, comme le veut M. le professeur Fabre (de Lyon), qui dit : « En absence d'aveux souvent difficiles à obtenir, on peut établir en principe que presque tous les avortements qui sont suivis de fièvre sont d'origine criminelle » ;

3° La délivrance s'est faite spontanément dans 44 cas et dans 28 elle a été faite artificiellement, dont vingt fois par curage digital ; quatre fois par expression française ; trois fois par expression et traction combinées et un curettage pour cause d'hémorragie. Donc, la délivrance s'est faite spontanément dans 61, 11 o/o des cas ;

4° Au point de vue *parité* il y a eu 20 avortées primipares pour 52 multipares parmi lesquelles 16 II pares ; 15 III-pares ; 8 IV-pares ; 5 V-pares ; 3 VI-pares ; 4 VII-pares et 1 X-pare. Il est curieux de remarquer que le plus grand nombre d'avorte-

ments a été fait chez des primipares et que la proportion des avortements diminue avec le nombre des grossesses ;

5° Pour le *terme* de la grossesse auquel l'avortement a été provoqué, nous avons les chiffres suivants : 9 avortements pendant le deuxième mois de grossesse ; 21 au troisième mois ; 12 au quatrième ; 23 au cinquième mois et 4 au sixième mois de la grossesse. Donc, le plus grand nombre d'avortements s'est fait au cours du cinquième mois ;

6° Dans 13 cas on a eu à soigner des hémorragies post-abortives et nous appelons l'attention sur l'observation du n° 213 où la malade entrée dans le service complètement exsangue, a été prise de syncopes ;

7° Dans 8 cas nous avons noté des rétentions placentaires prolongées qui se partagent ainsi : deux fois la rétention était de vingt-quatre heures ; deux fois de trois jours ; deux fois de quatre jours ; une fois de six jours et une fois de huit jours.

Tous ces cas d'hémorragies et de rétentions n'ont pas eu de suites morbides, et les malades chez lesquelles on les a observés ont quitté la clinique complètement guéries.

Si nous ne considérions que nos 72 cas d'avortements sans un seul cas mortel et où les suites étaient toujours favorables, nous pourrions dire que le pronostic des avortements est, au point de vue clinique, plutôt bénin.

Mais à côté de nos observations il y a en d'autres, et

les statistiques que nous avons rapportées montrent que le pronostic n'est pas toujours aussi bénin, loin de là ! Et surtout un fait grave et important domine toutes les statistiques données : c'est la morbidité bien plus élevée et plus grave des suites des avortements qu'on ne l'observe dans les accouchements normaux. Cela tient probablement à ce que, dans tous ces cas d'avortements, un grand nombre a été provoqué par des manœuvres criminelles, exécutées souvent par des mains plus ou moins habiles et sans quelquefois observer les règles les plus élémentaires de l'asepsie et de l'antisepsie. C'est pour cela peut-être que les cas d'infection, d'hémorragie, de rétention placentaire sont bien plus fréquents dans les avortements que dans les accouchements normaux.

Mais, alors, si les cas et les causes d'infection de morbidité sont si fréquents et si nombreux, pourquoi la mortalité est-elle relativement peu élevée dans les avortements. Cela tient probablement à la constitution anatomique de la caduque qui, avant terme, à l'époque où se produit l'avortement, n'a pas encore subi la dégénérescence qu'elle présente dans les derniers temps. Les éléments de la caduque avant terme sont très vivants, très actifs et doivent opposer une résistance active aux infections.

Nous donnerons maintenant celles de nos observations dans lesquelles les suites n'étaient pas normales.

Observations de la Clinique Baudelocque

N° 25 (1). — VII-pare, trente-quatre ans, ménagère. — *Avortement au cours du troisième mois.*

Entrée au dortoir le 27 décembre 1911. Dernières règles datent du 5 au 12 octobre 1911.

Hypersécrétion vaginale abondante pendant la grossesse. Jusqu'au 26 décembre la grossesse a évolué normalement.

26 décembre. — La femme est prise d'une vive douleur dans le bas-ventre et en même temps a des vomissements alimentaires.

27 décembre. — Il n'y a pas de pertes sanguines, mais la femme perd abondamment en blanc jaunâtre. Température 37°8.

29 décembre. — La palpation abdominale est douloureuse. Température 37°4 ; pouls 104.

30 décembre. — Température 36°7 ; pouls 80. Palpation douloureuse.

31 décembre, 1er, 2 et 3 janvier 1912. — Même état local.

4 janvier. — Température 37 degrés. Expulsion au dortoir d'un petit fœtus de 20 grammes. On donne à la malade une injection chaude à 50 degrés, à *l'aniodol*. La femme est transportée à la salle de travail. Elle ne perd pas. Température 38°3 ; pouls 88.

Délivrance spontanée. Le poids du placenta est de 40 grammes. Le lendemain la température est de 37°8.

---

1. Les numéros de nos observations sont ceux du registre de la clinique Baudelocque pour 1912.

6, 7, 8, 9 et 10 janvier. — Température normale. La femme quitte le service le 11 janvier, guérie.

N° 153. — III-pare, vingt-neuf ans, femme de ménage. — *Avortement au cours du cinquième mois.*

Entrée au dortoir le 30 janvier 1912.

Dernières règles du 10 au 15 septembre dernier.

Jusqu'au 23 janvier grossesse normale.

24 au 30 janvier. — Petites pertes séro-sanguinolentes.

30 janvier. — Rupture de l'œuf. Pertes des eaux et de sang notables. Pouls 88 ; température 36°9, sérum antistreptococcique, 40 centimètres cubes.

31 janvier-7 février. — Pertes de sang légères. Pouls 90 ; température 37°4.

2 février. — Expulsion d'un fœtus mort, du poids de 240 gr. Trois heures après expulsion du placenta en Chateaubriand, de 130 grammes. Pouls 88 ; température 38°2. Injection de sérum antistreptococcique, 40 centimètres cubes.

3 février. — Pouls 72 ; température 36°4 ; 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

4 février. — Température 36°8 ; 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

Du 5 au 11 janvier la température est de 36°8.

N° 213. — IV-pare, trente-deux ans, fille de restaurant. — *Avortement au cours du troisième mois.*

Entre dans le service le 14 février. Le premier temps de l'avortement a été fait en ville.

Dernières règles (?).

Admise à la salle de travail à 3 heures de l'après-midi, on trouve la femme absolument exsangue, lèvres décolorées, facies

angoissé, ayant un pouls très petit et dépressible, battant à 120. Température : 37°3.

A peine couchée elle est prise subitement d'une syncope, qui dure environ trois à quatre minutes ; puis, peu à peu le cœur se remet à battre en présentant des intermittences très marquées, la respiration reprend également, mais le pouls radial ne peut être perçu. Piqûre de caféine et deux piqûres d'huile camphrée. La femme reprend connaissance. On lui fait une injection de 50 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. On pratique le curage de la cavité utérine. Injection intra-utérine de 8 litres à 50 degrés à l'aniodol.

A 5 heures du soir le pouls commence à être perçu. La femme est placée tête basse ; 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

15 février. — Température 38 degrés ; le 16, 37°4 le matin et 37°8 le soir ; le 17, 37 degrés le matin et 37°4 le soir ; le 18 37 degrés le matin et 37°8 le soir ; du 19 au 27 février la température se maintient à 36°8 le matin et 37°2 le soir.

Le 28 février la malade quitte la maternité.

N° 317. — I-pare de dix-huit ans. — *Avortement au cours du cinquième mois.*

Entrée le 7 mars 1912.

Dernières règles fin octobre.

4 mars. — La femme a expulsé un fœtus en ville.

5 mars. — La femme a eu une hémorragie extrêmement abondante qui la force à s'aliter et qui continue jusqu'à son entrée à la salle de travail. La femme présente à ce moment de la pâleur de la face très accusée. Du sang noir et fétide s'écoule en assez grande quantité hors de la vulve. Pouls 120, température 38°. On lui injecte 80 centimètres cubes antistreptococcique.

L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

On sent au toucher le placenta qui affleure l'orifice du col. On pratique aussitôt le curage digital avec des gants ; une injection intra-utérine prolongée, à 50 degrés à l'aniodol lui est faite.

8 mars. — Température 37°5. Injection de 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

9 mars. — Température 36°8. Injection de 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

10 mars. — La température est de 36°8 ; le 11, 37 degrés ; du 12 au 17, l'état général est très bon.

17 mars. — On constate une légère éruption ayant débuté aux deux jambes. Température 37°8.

18 mars. — L'éruption a atteint la région sus-pubienne. Température 39 degrés.

19 mars. — L'éruption est généralisée, pas d'éruption à la face qui est bouffie. Les pommettes sont fortement colorées. La langue est saburrale. La malade présente un peu de trismus. Elle ne peut ouvrir la bouche qu'avec difficulté. La déglutition est douloureuse. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de céphalée, pas de larmoiement. La malade se plaint surtout de douleurs aux bras, qu'elle ne peut étendre complètement. Pas de Kernig. On lui administre du salicylate de soude. Température 37°5 le matin, 39 le soir.

20 mars. — Les pommettes sont moins rouges. La déglutition est plus facile. Langue très saburrale. Température 38 degrés.

21 mars. — Les mouvements des membres sont plus faciles, l'éruption a presque complètement disparu. Régime lacté. Température 37°5 le matin, 38°5 le soir.

22 mars. — L'éruption a disparu. Température 37 degrés.

Du 23 uu 29 mars, l'état général se maintient bon. La température est normale.

N° 267. — IV-pare, trente-trois ans. — *Avortement au cours du troisième mois.*

Entrée le 25 février. Dernières règles du 18 au 23 novembre. Hypersécrétion vaginale abondante pendant la gestation.

25 février. — Expulsion d'un fœtus en ville. Le pouls et la température ne présentent rien de particulier. Le même jour, au soir, pouls 100 ; température 40 degrés.

26 février. — Pouls 95 ; température 39°9. Curage digital sous chloroforme ; extraction de débris placentaires du poids de 75 grammes. Injection intra-utérine à 50 degrés (aniodol, 80 cmc. de sérum antisep.)

27 février. — Température 36°5 ; le 28, température 36°8 ; le 29, température 36°8 ; 1er et 2 mars, température 37 degrés. Les jours suivants, la température se maintient à la normale et la malade sort guérie le 8 mars.

N° 289. — IV-pare, vingt-cinq ans. — *Avortement au cours du troisième mois.*

Entrée le 2 mars.

Expulsion d'un œuf complet.

A 1 heure 1/2, la femme perd en abondance. Pouls 96. Deux heures après, le pouls se maintient au-dessus de 100.

On pratique le curage digital. La femme cesse de perdre. Le pouls retombe à 92, puis à 86. Température 36°8.

3 mars. — Température 37°5.

4 mars. — Température 37°2.

5 mars. — Température 37 degrés.

6, 7, 8 mars. — Température 37 degrés.

9 mars. — Température 37°5.

10 mars. — Température 37°8.

La malade quitte le service.

N° 390. — *VI-pare, trente-sept ans. Avortement au cours du deuxième mois.*

Dernières règles le 12 février. Entre à la clinique le 22 mars. Dès son entrée à la salle de travail, à 3 h. 15 du soir, son pouls étant à 112, le col à peine perceptible. On pose un ballon de Champetier petit modèle. A 11 heures du soir, expulsion du ballon. On essaie de faire un curage digital, mais ne pouvant y parvenir, on pose un ballon d'un modèle plus fort. Le pouls est tombé à 92.

23 mars. — Le second ballon est expulsé. On fait alors un *curage digital* et l'on ramène un œuf complet du poids de 10 grammes. On donne à la malade une injection intra-utérine chaude (50 degrés) à l'aniodol. La femme ne perd plus. Pouls à 72. Température 37°6.

24 et jusqu'au 29 mars. — Température normale.

La malade quitte le service.

N° 419. — *I-pare, vingt-trois ans. Avortement au cours du cinquième mois.*

Entrée le 24 mars.

Dernières règles, du 20 au 26 novembre.

28 mars. Pouls 110. — Température 38°2.

Sérum antistreptococcique, 80 centimètres cubes.

Expulsion d'un fœtus : 110 grammes.

Dans trois heures, expulsion spontanée d'un placenta du poids 120 grammes.

Rétention complète des membranes.

29 mars. — Température 38°4. Sérum antistreptococcique, 80 centimètres cubes.

30 mars. — Température 37 degrés. Sérum antistreptococcique, 80 centimètres cubes.

31 mars. — Température 36°8. Sérum antistreptococcique, 80 centimètres cubes.

1er avril. — Température 37°4.

2, 3, 4, 5, 6 avril. — Température 36°8.

La malade quitte la clinique, guérie.

N° 498. — III-pare. — *Avortement au cours du quatrième mois.*

Entrée le 11 avril 1912, 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Les dernières règles datent de fin décembre 1911.

12 avril. — Expulsion d'un fœtus du poids de 100 grammes. Pouls 84 ; température 36°7.

14 avril. — Température 38°3 ; pouls 104 à 110. On introduit un ballon utérin. Les contractions utérines douloureuses reprennent.

15 avril. — Le ballon est expulsé, on pratique un curage digital. Pouls 120 ; température 39°1, à midi.

A 7 heures du soir, la température est à 38°7, le pouls toujours à 120.

16 avril. — Température 37°3 ; pouls 88.

Le 17 et jusqu'au 24 avril, la température est normale et l'état général bon. La malade quitte le service.

N° 583. — III-pare. — *Avortement au cours du sixième mois.*

Dernières règles du 20 au 25 novembre 1911.

Crises choréïques survenues au cours du quatrième mois de la gestation.

4 mai. — Expulsion spontanée d'un fœtus vivant du poids de 500 grammes.

Après l'accouchement, la femme repose un peu, et à son réveil, on constate que les mouvements choréïques ont disparus aux membres inférieurs.

Aux membres supérieurs et à la face, ils sont considérablement diminués d'intensité et de fréquence.

Les suites des couches ont été tout à fait normales.

N° 518. — II-pare. *Avortement au cours du deuxième mois.* Dernières règles du 14 au 20 mars.

18 avril. — Entrée dans un état général grave : pouls 125, température 39°2. Frissons, *pertes fétides abondantes*, col fermé. On pratique sous chloroforme le curettage avec la curette mousse et on retire des débris de caduque fétide.

Application de teinture d'iode sur la muqueuse utérine. Injection intra-utérine d'amidol. Injection de 50 centimètres cubes de sérum antistreptococcique, Pas de frissons après l'intervention. Glace sur le ventre, 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

19 avril. — État général satisfaisant. Pouls 108; température 37°5. Quatre-vingts centimètres cubes de sérum artificiel.

20 avril. — Pouls 104; température 37°3.

21-22 avril. — Température 37°4.

24 avril. — Température 36°8 ; le 26, 37 degrés ; le 27, 37°7.

28 avril. — Température 37°6 ; le 29, 37°4 ; le 30, 37°8.

1er mai. — Température 37°4. La malade sort guérie.

N° 609. — III-pare, vingt-sept ans. *Avortement au cours du cinquième mois.*

Dernières règles du 20 au 25 janvier.

2 mai. — La femme perd un peu de sang et beaucoup de caillots. Température 39°4; pouls 130. Injection de 40 centimètres cubes de sérum artificiel.

3 mai. — Température 38°2 ; pouls 116.

4 mai. — Forte hémorragie.

5,6 et 7 mai. — Injections de 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Expulsion des caillots.

Dans la nuit du 4 au 5 mai, expulsion spontanée d'un fœtus. A partir de ce moment, la femme continue à perdre du sang et des caillots et, étant donné l'état misérable du pouls,on pose un ballon intra-utérin.

8 mai. — Température 37°8.

9 mai. — Expulsion à minuit du ballon qui a été mis à 5 heures du soir, avec des caillots (170 gr.). On trouve le placenta (120 gr.) dans le vagin. Révision de la cavité utérine qui renferme encore quelques caillots. Injection intra-utérine à 50 degrés. Pouls 120 ; température 36°8. Du 11 au 17, la température est normale.

N° 728. — V-pare, vingt-six ans. *Avortement au cours du cinquième mois*. Dernières règles du 11 au 12 janvier 1912.

3 juin. — Contractions utérines douloureuses. La femme perd du sang, elle se dirige vers la clinique Arrivée à la clinique elle reçoit 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

En enlevant ses vêtements, la femme laisse tomber par terre un fœtus de 12 centimètres de longueur pesant 20 grammes. Ce fœtus paraît avoir séjourné quelque temps après sa mort dans la

cavité utérine. De consistance très molle, de couleur grise, il était déformé et aplati.

Injection chaude à l'aniodol et 40 centimètres cubes de sérum antiseptique.

Le pouls et la température restant normaux on attend l'expulsion du placenta. La femme est mise en observation.

7 juin. — La femme n'a pas d'élévation de température ni d'accélération du pouls.

Extraction par *curage digital* du placenta (15 grammes).

9 juin. — Frisson.

10 juin. — Température 39 degrés.

11 juin. — Température 37°5.

Du 12 au 15 juin la température reste normale.

N°782.— II-pare, *vingt-cinq ans. Avortement au cours du troisième mois.*

Dernières règles : du 12 au 15 mars.

4 janvier. — Ruptures des membranes. La femme continue à travailler.

7 juin. — Perte abondante d'un liquide opalescent. La femme rentre à la clinique.

A 5 heures du soir. — Pouls 96 ; température 39, 40 centimètres cubes de sérum antiseptique. Pas de contraction.

A 8 heures du soir. — Pouls 110 ; Température 39°6. On décide d'évacuer l'utérus. Le col n'est perméable qu'à une laminaire n° 16 accompagnée d'une autre laminaire n° 10 (obligation d'employer ces deux laminaires, car il n'y en a pas d'autres plus grosses en ce moment).

Dans la nuit du 7 au 8 juin commencent les contractions utérines douloureuses.

8 juin à 10 heures du matin. — Le fœtus et les aminaires sont expulsés.

On pratique le curage digital pour extraire le placenta. Injection chaude intra-utérine à l'aniodol, 40 centimètres cubes de sérum antiseptique, pouls 116 ; température 38°6.

9 juin. — Température 36°8. Injection vaginale à l'aniodol.

10 juin. — Température 36°4. Poussée d'herpès gingivale.

Le 11 juin et les jours suivants la température reste normale.

N° 765.—V-pare. *Avortement au cours du troisième mois.*

Dernières règles du 2 au 7 mars 1912.

7 juin. — Expulsion d'un fœtus en ville. Le soir, entrée à la clinique. Température 37°5 ; pouls 84. On lui injecte 40 centimètres cubes de sérum antiseptique. La femme est mise en observation.

8 juin. — Température 36°8.

9 juin. — Température 37 degrés.

10 juin. — Température 37°2.

11 juin. — Température 37°2.

12 juin. — Température 37°6.

13 juin. — Température 37 degrés.

Dans la nuit du 14 au 15 juin contractions douloureuses, hémorragie assez abondante. Caillots dans le vagin. Col perméable pour deux doigts. Le placenta décollé est engagé dans le col. On donne à la malade une injection vaginale à l'aniodol.

15 juin. — On pratique le curage digital. Injection intra-utérine à l'aniodol. Pouls 80 ; température 36°2.

On injecte à la malade 350 centimètres cubes de sérum physiologique.

16, 17, 18 et 19 juin. — La température est normale et l'état général bon. La malade quitte la clinique.

N° 822. — I-pare vingt huit ans. — *Avortement au cours du troisième mois.*

Dernières règles du 1er au 3 mars.

Depuis dix jours la femme a des pertes sanglantes et c'est pourquoi elle se décide à entrer à la clinique.

14 juin. — On introduit dans l'utérus un ballon de 40 grammes. Température 37 degrés.

15 juin. — La femme expulse le ballon. Température 37°4.

16 juin. — Curage digital ; le placenta est fétide, son poids est de 39 grammes. La température est à 36°8.

17 juin. — Température 37°4.

18 juin. — Température 37°4.

19 juin. — Température 37°8.

20 juin. — Température 37°4.

21 juin. — Température 37°2.

22 juin. — Température 37°8.

23 juin. — Température 37°6.

24 juin. — Température 37°2.

25 juin. — Température 37°4.

26, 27, 28 et 29 juin. — La température est normale.

N° 900. — I-pare, vingt-deux ans. — *Avortement au cours du deuxième mois.*

13 juillet. — La malade arrive à la clinique après avoir la veille, au soir, expulsé un fœtus.

Délivrance artificielle par traction et expression combinées.

Douleurs dans la fosse iliaque droite. Pouls 140 ; température 37°8.

14, 15 et 16 juillet. — La température est à 37 degrés.

17 juillet. — Température 37°2. La femme souffre du côté droit du ventre. Glace sur le ventre.

18 juillet. — Température 37 degrés.

Du 19 au 23 juillet, la température est normale. La femme sort guérie.

N° 905. — II-pare, trente-cinq ans.— *Avortement au cours du deuxième mois.*

15 juillet. — Expulsion d'un fœtus.

24 juillet. — Température 38 degrés.

25 juillet. — Température 38°6. Sérum antistreptococcique 80 centimètres cubes.

26 juillet. — Température 37°6. Sérum antistreptococcique 80 centimètres cubes.

27 juillet. — Température 37°6. Sérum antistreptococcique 80 centimètres cubes.

28 juillet. — Température 37 degrés.

La malade quitte le service.

N° 1183 — *III-pare. Avortement au cours du cinquième mois.*

Entre à la cliniqne le 9 septembre. Température 39°5.

10 septembre à 10 heures du matin. — Expulsion de fœtus.

A 2 heures du soir. — Frissons. Température 40°4.

A 4 heures du soir. — Expulsion d'un morceau de membrane. Injection de 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

11 septembre — La femme se plaint de douleurs abdominales.

Glace sur le ventre. Calomel, 0 gr. 50. 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Température 37 degrés.

12 septembre. — Céphalée intense. Aspirine. Température 39°8.

13 septembre. — Glace sur le ventre. Température 38°2.

14 septembre. — Même état.

15 septembre. — 30 grammes d'huile de ricin, bon résultat. Température 38 degrés.

16 septembre. — Point de côté à la base gauche, frisson. Température 41°4.

17 septembre. — Température 38°2.

18 septembre. — Température 39°6.

19 septembre. — Température 39°6 le matin ; 37 degrés le soir.

20 septembre. — Température 39°6 le matin ; 37°2 le soir.

21 septembre. — Température 39 degrés.

22 septembre. — Température 38°4.

23 septembre. — Température 37°4.

24 septembre. — Température 38°8.

25 septembre. — Température 39°4 le matin ; 37 degrés le soir.

26 septembre. — Température 37 degrés.

27 et 28 septembre. — Température 37°2.

29 septembre. — Température 36°6 le matin ; 37°6 le soir.

30 septembre. — Température 36°6 le matin ; 38°2 le soir.

1er octobre. — Température 36°6 le matin ; 38 degrés le soir le 2, 3, 4, 5, 6 et 7 novembre. Température normale La malade quitte la clinique bien portante.

N° 1275. — II-pare, vingt ans. — *Avortement au cours du quatrième mois.*

30 septembre. — Expulsion d'un fœtus de 250 grammes. Le pouls est à 120 ; température 37°6. On pratique le *curage* digital. Injection intra-utérine à 50 degrés à l'aniodol. Le pouls restant à 120 on fait une piqûre de 20 centimètres cubes de caféine et une piqûre de 5 centimètres cubes d'huile camphrée. Injection de 500 centimètres cubes de sérum physiologique.

1er octobre. — La température est à 37 degrés.

2 octobre. — Température 37 degrés.

3 octobre. — Température 37°6.

4 octobre. — Température 37°8. La malade a de l'otalgie du côté gauche.

5 octobre. — Température 36°8. L'otalgie est plus marquée. Écoulement de pus par l'oreille gauche.

6 octobre. — Température 38°2. L'écoulement du pus s'est accentué. Un peu d'otalgie du côté droit.

7 octobre. — Température 37 degrés.

8 octobre. — Température 38 degrés.

9 octobre. — Température 37°6.

N° 1291. — I-pare, dix-neuf ans. — *Avortement au cours du troisième mois.*

7 octobre. — Expulsion du fœtus.

Pouls 120; température 36°9. Injection de 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Curage digital.

8, 9, 10, 11 et 12 octobre. — Température normale.

N° 1326. — X-pare, trente-cinq ans. — ***Avortement au cours du troisième mois***.

17 octobre. — Expulsion d'un œuf. Clair *curage* digital pour hémorragie, sous chloroforme.

Le 18, 19 et jusqu'au 25 octobre la température est normale et l'état général bon. La malade quitte la clinique, guérie.

N° 1616. — VII-pare, trente et un ans. — *Avortement au cours du quatrième mois*.

22 décembre. — Expulsion d'un fœtus.

Délivrance artificielle pour hémorragie.

Le 23 et les jours suivants la température est normale. La malade sort le 28, guérie.

TRAITEMENT

En 1886, à la Société gynécologique a eu lieu une discussion mémorable sur la question de ce qu'il faut faire pour prévenir l'hémorragie et la septicémie dans l'avortement. « Rien, déclarait Pajot, l'intervention dans l'avortement n'est pas une affaire d'horlogerie, ce n'est pas au bout d'un, deux, trois jours ou plus tard, qu'il faut extraire le placenta, l'extraction est subordonnée à une indication légitime et non au temps. C'est le nez de l'accoucheur qui est le juge de la situation *Quand la putréfaction est évidente* il faut agir et vider l'utérus. Ne rien faire sans nécessité. » Mais Doleris n'était pas du tout de cet avis. « Je trouve que l'on est par trop timide dans la question de l'avortement, répondit-il, et de son traitement logique. Pour moi, je n'ai qu'une crainte très limitée de l'état puerpéral. Et je pense qu'en ce qui touche la rétention du placenta il faut apprécier, mesurer le danger et le supprimer, comme s'il s'agissait de l'état de non-gravidité. Le placenta est-il décidément retenu dans l'utérus, je dis qu'il ne faut pas attendre la putréfaction, qu'il ne faut pas se guider sur l'odeur qui indique seulement un fait

accompli ; qu'il faut de plus prévoir des hémorragies à répétitions et mettre la malade à l'abri de ses conséquences. Pour cela il faut extraire le « corps du délit ». Je ne dirai pas, avec M. Pajot, attendez la putréfaction pour agir ; je dirai, prévenez-la, prévenez la perte inutile de sang et, j'ajoute : agissez dès que vous êtes convaincu que l'avortement ne se liquidera pas en une seule étape ou deux étapes rapprochées, comme c'est souvent le cas. Lors donc que vous serez à même de juger que l'expulsion est « ratée » et se trouve rapportée fatatement a un terme aléatoire, posez nettement la question opératoire. »

La question est restée entière et, à l'heure actuelle encore deux écoles discutent la manière de faire dans les cas d'avortement. Faut-il intervenir avant même qu'il y ait le moindre signe d'infection, ou bien vaut-il mieux attendre que l'infection se déclare pour intervenir ? De chaque côté on a publié des observations et des statistiques toujours favorables aux modes du traitement employé. Les raisons que donnent les interventionnistes sont les suivantes : il ne faut pas laisser, dans un organisme affaibli par la gestation et dans une cavité utérine en moindre résistance, un corps étranger, putréfiable et qui peut s'infecter facilement. En outre, d'après les recherches personnelles de M. Brindeau, il résulte que l'œuf décollé s'infecte très rapidement, bactériologiquement parlant. En ensemençant des débris ovulaires retirés peu de temps après leur décollement, on voit qu'ils con-

tiennent des microbes bien avant que l'organisme de la femme ne réagisse. « Il est donc dangereux, dit cet auteur, de laisser ainsi des débris infectés en contact avec l'utérus, et il vaut mieux intervenir de bonne heure. »

A cela les abstentionnistes répondent qu'il est bien moins dangereux de laisser le placenta dans l'utérus et attendre l'expulsion spontanée que d'intervenir et,en blessant l'utérus, ouvrir la porte à l'infection qui n'existe pas encore. Dans nos observations, nous avons des cas de rétention prolongée et le plus intéressant est celui où la rétention s'est prolongée pendant huit jours, sans suites graves pour la malade.

Mais, une fois l'intervention décidée, une autre question se pose: comment faut-il opérer? Et ici encore deux méthodes se trouvent en présence. Le curage digital et le curettage. L'une et l'autre de ces méthodes a ses avantages et ses défauts.

Les principaux griefs imputés au curettage sont les suivants : il est *insuffisant* et *dangereux*. *Insuffisant* parce que s'il y a des adhérences solides, la curette est inefficace, et dans les insertions dans les cornes de l'utérus ou dans l'enchâtonnement, la curette est inutile. Quand il n'y a pas d'adhérences, la curette glisse facilement, dérape, n'entraîne pas le corps du délit.

Le curettage est *dangereux* parce que l'utérus puerpéral est friable, aussi bien les cas de perforation par la curette ne se comptent plus.

Par la brutalité de son action, la curette favorise l'infection en traumatisant la barrière protectrice des cellules, en ouvrant les vaisseaux lymphatiques, désagrégeant les caillots obturateurs des sinus veineux, disséminant ainsi l'infection.

Les objections données contre le curage sont de la même nature. Le curage serait insuffisant dans le cas d'adhérences solides et ne garantit pas toujours contre la perforation dans un utérus très friable. Des cas de perforations utérines par le doigt dans le curage ont été rapportés par certains auteurs.

Il y a encore un autre traitement préconisé dans le cas où les deux premiers ne réussissent pas. C'est *l'hystérectomie.*

Nous citerons une seule observation tirée de la thèse de M. Mouchotte.

14 février 1901. — Une femme entre dans le service pour douleurs expulsives, pertes du sang. Elle fait une fausse couche de trois mois et demi. Rétention de l'arrière-faix. On pratique le curage digital.

16 février. — Température 37°6 le matin, l'état général cependant indique la nécessité de curetter et le curettage est pratiqué à 10 heures du matin.

17 février. — Température 39°9 ; pouls 150 ; céphalée. Le soir la température monte à 40 degrés. A 7 h. 10 du soir l'hystérectomie vaginale est pratiquée par M. Faure. L'utérus renferme un morceau de placenta fétide, enchâtonné dans la corne gauche, que ni le curage, ni le curettage n'ont pu détacher.

Donc, dans les cas où le curage et le curettage n'arrêtent pas l'infection, on peut avoir recours à ce moyen de traitement énergique, qu'est l'hystérectomie.

Mais comme l'a dit M. le professeur Pinard au Congrès de Madrid, « à l'heure actuelle, il ne peut pas être question d'indication, mais seulement d'invitation opératoire ». « Je me sens même absolument incapable, a ajouté M. le professeur Pinard, aujourd'hui encore, de reconnaître « de par l'ensemble des accidents » une indication d'hystérectomie. »

Le traitement qui a été employé dans les cas rapportés par nous et qui a donné les meilleurs résultats a été le suivant : on n'avait recours à une intervention que dans les cas où les symptômes d'infection comme l'ascension thermique, la petitesse et l'accélération du pouls et la fétidité des lochies apparaissaient, ou dans les cas d'hémorragies port-abortives. Dans ces cas on avait recours au *curage digital* et ce n'est que dans un seul cas où l'hémorragie persistait qu'on s'est servi de la curette.

Après l'intervention on donnait au malade une injection intra-utérine chaude (50 degrés) à l'aniodol.

A chaque avortée entrée à la clinique les membranes rompues et chez laquelle l'infection était à craindre, on faisait des injections de sérum antistreptococcique de 40 à 80 centimètres cubes.

CONCLUSIONS

1° Les suites de couches dans l'avortement présentent une morbidité immédiate et consécutive plus considérable que dans l'accouchement normal ;

2° Le chiffre de la mortalité, bien que plus grand que dans l'accouchement, est pourtant faible par rapport à celui de la morbidité ;

3° La constitution de la muqueuse utérine dans l'utérus avant terme doit avoir une action de défense plus énergique que dans l'utérus à terme:

4° La thérapeutique mise en œuvre, curage digital dans les cas d'infection ou d'hémorragie, injection chaude intra-utérine à l'aniodol, sérum antistreptococcique et quelquefois l'hystérectomie, peut aussi influer sur la bénignité relative des suites de couches d'avortement observées dans les maternités, qui semblent centraliser les cas les plus infectés.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Albert. — De la rétention du placenta. Thèse de Paris, 1878.

Bar. — Traité d'accouchement, 1914.

Bausset. — De l'avortement criminel. Thèse de Paris, 1906 1907.

Benech. — Thèse de Paris, 1912-1913.

Benoist. — Rapport entre l'embryon et le placenta dans l'avortement. Thèse de Paris, 1906.

Blondel. — Bulletin de la Soc. Obst. de Paris, 1902.

Boissard. — De l'avortement criminel. (J. des Pratic., 1908).

— De l'avortement criminel. (Jour. des Pratic., 1913).

— Les Avortements à la Maternité de Tenon pendant le dernier trimestre de l'année 1906 et en particulier des avortements criminels, (Bull. Soc. Obst. Paris, 1907).

Brindeau. — L'avortement. (Arch. générales de Med. Paris, 1903).

Brion. — Étude critique sur 530 cas d'avortements. Thèse de Paris, 1902-1903.

Brouardel. — Avortement, 1901.

Delestre. — De l'avortement, 1904.

Dervaux. — Gravité des avortements en province. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. Paris, 1910.

Dictionnaire. — De Dechambre. art. « Avortement ».

Doleris. — Statistique sur l'avortement. (Annales d'obstét. de Gynéc. Paris. 1905).

Duchêne. — L'Avortement à la Maternité de l'Hôtel Dieu. Thèse de Paris, 1905-1906.

Escande. — Étude clinique de l'avortement. Thèse de Paris, 1902-1903.

Fieux. — Annales d'Obstétrique et de Gyn. Paris, 1910.

Fabre et Rheuter. — Les Avortements à la clinique obstétricale de Lyon en 1911 (Bulletin de la Société d'Obstétrique. Paris, 1912).

Guiraudin. — A propos de l'avortement criminel (Bulletin de la Soc. Obst. Paris, 1910).

Herrgott. — Avortement spontané et avortement criminel (Revue médicale du Nord, 1912. — Revue médicale de l'Est, 1912).

Lepage. — Archives mensuelles d'Obstétrique, 1913.

Lucas. — Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet. Thèse de Paris, 1896.

Maygrier. — Pronostic et traitement de l'avortement criminel (Ann. de Soc. Obst. de France, 1902).

Martin Saint-Ange. — Iconographie pathologique de l'art humain fécondé en rapport avec l'étiologie de l'avortement.

Maurier (Du). — L'Avortement. Paris, 1912.

Miot. — De la conduite à tenir dans les rétentions placentaires à la suite de l'avortement. Thèse de Paris, 1898.

Mouchotte. — Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans les avortements. Thèse de Paris, 1903.

Pinard. — Compte rendu du XIII[e] Congrès international de Madrid.

Rambaud. — De la rétention placentaire après l'accouchement. Thèse de Paris, 1876.

Rimette. — Pronostic de l'avortement. Thèse de Paris, 1904.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'accouchement, 1904.

Rudaux. — L'Avortement 1910.

— L'Avortement. La Clinique, 1909.

VARNIER. — De la délivrance dans l'avortement (Revue d'Obst. et de Péd. Paris, 1892 et 1893).

USQUIN. — Morbidité et mortalité dans les rétentions placentaires *post-abortum*. Thèse de Paris, 1907-1908.

WALLICH. — Éléments d'Obstétrique.

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2506-14